

Birras, agressividade e comportamento disruptivo — do esperado ao transtorno oppositor e de conduta

Birra esperada × sinais de alerta, o que investigar, critérios do DSM-5-TR para transtorno oppositor desafiador, transtorno de conduta e transtorno disruptivo da desregulação do humor, orientação parental como primeira linha e o lugar restrito da medicação

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Birras, oposição e agressividade são **esperadas entre 1 e 4 anos**. **Sinais de alerta**: crises de **mais de 25 minutos**, em **10 a 20 dias do mês** ou **mais de 5 por dia**, com **autolesão**, **agressão consistente**, **incapacidade de se acalmar sem ajuda**, crises frequentes **fora de casa** e persistência depois dos 5 anos. Antes de rotular, investigar **sono**, **audição**, **linguagem**, **TDAH**, **TEA**, **ansiedade**, **depressão**, **violência doméstica**, **telas e dor**. **Transtorno opositor desafiador**, **transtorno de conduta** e **transtorno disruptivo da desregulação do humor** seguem o DSM-5-TR. A primeira linha é a **orientação parental estruturada**, **nunca o castigo físico** (proibido pela **Lei 13.010/2014**). 🟢 **seguimento pelo pediatra**; 🟡 **sinais de alerta**, suspeita de transtorno ou comorbidade: **encaminhar ao psicólogo**, **ao psiquiatra da infância e adolescência** ou **ao CAPSi**; 🔴 **risco a si ou a outros**, **violência grave** ou **agitação incontrolável**: **pronto-socorro**. Antipsicótico só pelo especialista.

1. O que é e como se apresenta

Comportamento esperado. A birra é a descarga emocional de quem ainda não tem linguagem nem autocontrole para lidar com frustração; tem pico entre 18 meses e 4 anos. Para a Caderneta da Criança (MS), morder, bater e birra fazem parte do desenvolvimento, mas os pais não devem ceder. O que define o problema é o **padrão persistente** (Belden, 2008).

Sinais de alerta no pré-escolar (Belden, 2008):

- **Agressão consistente** (metade ou mais das crises) ao cuidador ou a objetos.
- **Autolesão intencional** durante a crise, em qualquer frequência (associada à depressão do pré-escolar).
- **10 a 20 crises em dias diferentes em 30 dias** em casa, ou **mais de 5 por dia** fora de casa.
- **Duração média maior que 25 minutos** e **incapacidade de se acalmar sem ajuda**.

Também alertam: persistência após 5 anos, crueldade com animais, incêndios, comportamento sexualizado, regressão e mudança brusca.

Transtornos disruptivos (DSM-5-TR):

- **Transtorno opositor desafiador (TOD):** humor raivoso ou irritável, comportamento desafiante e índole vingativa por **pelo menos 6 meses**, com **4 ou mais dos 8 sintomas**, com alguém que não seja irmão. Frequência: **na maioria dos dias abaixo de 5 anos**; **semanal a partir de 5 anos**. Gravidade pelo número de ambientes (1 leve, 2 moderada, 3 grave).

- **Transtorno de conduta (TC):** violação dos direitos dos outros ou de normas importantes para a idade, com **3 ou mais comportamentos em 12 meses** (1 nos últimos 6): **agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade, falsidade ou furto, violações graves de regras. Início antes dos 10 anos** tem pior prognóstico; especificador "**com emoções pró-sociais limitadas**". Ideação suicida é comum (MSD 2025).
- **Transtorno disruptivo da desregulação do humor (TDDH)** (transtorno depressivo): **explosões graves**, desproporcionais, **em média 3 ou mais por semana**, com **humor irritável quase todos os dias**, em **2 de 3 ambientes**, por **12 meses ou mais**; início antes dos 10 anos e diagnóstico **só entre 6 e 18 anos**. Não coexiste com TOD (prevalece o TDDH); evolui mais para depressão e ansiedade (NIMH).

A **SPSP — Sociedade de Pediatria de São Paulo, filiada da SBP** (2025) — alerta contra **medicalizar e rotular**: o comportamento disruptivo funciona como "febre", sinal de um ambiente a investigar.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Birras e oposição compatíveis com a idade, curtas, com recuperação espontânea, sem autolesão nem agressão grave, sem prejuízo escolar; ou sintomas opositores leves em um só ambiente	Seguimento pelo pediatra: orientação parental, sono, rotina e telas; diário das crises; retorno programado
● Moderada	Sinais de alerta de Belden; persistência após 5 anos; suspeita de TOD, TC ou TDDH ; comorbidade (TDAH, TEA, linguagem, audição, ansiedade, depressão); crueldade com animais, incêndios, comportamento sexualizado; suspeita de violência doméstica ou maus-tratos	Encaminhar a orientação parental ou psicólogo e ao psiquiatra da infância e adolescência ou CAPSi, com prioridade no TC, no TDDH, na autolesão, crueldade com animais e incêndios; na suspeita de violência, notificação obrigatória (compulsória) e Conselho Tutelar
● Grave	Risco iminente a si ou a outros: ideação ou tentativa de suicídio, autolesão com lesão, agressão com arma ou lesão, agitação incontrolável; suspeita de psicose, mania ou intoxicação; alteração aguda com febre, confusão ou sinal neurológico; violência sofrida com risco imediato	Pronto-socorro (SAMU 192); nunca deixar sozinho; na crise suicida, também CVV 188

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Criança: TDAH, TEA, deficiência intelectual, atraso de linguagem, **TC com início antes dos 10 anos**, emoções pró-sociais limitadas, substâncias.

- Família e ambiente: **práticas coercitivas e castigo físico**, violência entre os pais, doença mental ou substâncias dos cuidadores, negligência, bullying, **excesso de telas e conteúdo violento**.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é clínico, com a família, a escola e, na adolescência, o paciente **a sós** (NICE CG158).

- **Diário das crises** (1 a 2 semanas): frequência, duração, gatilho, resposta do adulto e desfecho.
- **Relatório da escola; práticas parentais** (gritos, ameaças, castigo físico, consistência entre adultos, atenção positiva).
- **Rastreio: Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)** de pais ou professores (NICE; versão brasileira).

O que investigar antes de rotular: sono (ronco, apneia) e rotina; **audição e linguagem** (birras intensas com atraso de fala pedem **avaliação audiológica**); **TDAH** (comorbidade mais comum) e **TEA**; **ansiedade e depressão**; **maus-tratos e violência doméstica**, pesquisados ativamente (NICE); **telas**; **dor ou doença orgânica** e medicamentos (corticoide, alguns antiepilépticos, anti-histamínicos sedativos); no adolescente, **álcool e drogas**, bullying e **risco de suicídio**.

Exames: conforme a clínica (audiologia, polissonografia, ferritina, TSH, triagem toxicológica).

Diferencial que não pode passar: perda auditiva, deficiência intelectual, TDAH não tratado, depressão, transtorno bipolar (**episódico**; o TDDH é **crônico**), TEPT e maus-tratos em curso, crises epiléticas, intoxicação, delirium e transtorno explosivo intermitente.

4. Tratamento e seguimento

O que o pediatra faz:

- **Psicoeducação** sem culpar a família: os pais são o principal agente de mudança.
- **Orientação parental** (coerente com os guias **Birras: Compreender e Acompanhar e Frustrações e Limites na Infância**):
 - **Atenção positiva diária** (10 a 15 minutos de brincadeira conduzida pela criança) e **elogio específico**.
 - **Ordens curtas e claras**; avisar antes das transições.
 - **Não ceder à birra**; ignorar de forma planejada os comportamentos menores e esperar a piora transitória ("explosão de extinção").

- Na agressão: interromper com calma e usar **pausa curta para se acalmar**, sem humilhar.
- **Consequências lógicas, proporcionais e imediatas**, iguais entre os cuidadores, sem gritos nem ameaças.
- **Telas (SBP 2024)**: nenhuma antes de 2 anos; 2–5 anos até 1 h/dia; 6–10 anos 1–2 h/dia; 11–18 anos 2–3 h/dia; nunca nas refeições nem 1–2 h antes de dormir.
- **Não bater.** A **Lei 13.010/2014** incluiu no ECA o direito de ser educado **sem castigo físico nem tratamento cruel ou degradante**, com medidas pelo **Conselho Tutelar**. A SBP é contra palmadas (Manual SPSP/SBP/CFM 2018); a **AAP (2018)**: castigo físico e humilhação aumentam a agressividade.
- **Escola**: estratégias iguais em casa e na escola.
- **Maus-tratos ou violência doméstica: notificação obrigatória (compulsória) e Conselho Tutelar** (ECA, art. 13), sem necessidade de certeza; Disque 100.

Programas estruturados (primeira linha no TOD e no TC):

- **NICE CG158**: treino de pais **em grupo (3 a 11 anos; 10 a 16 encontros)** ou **individual (8 a 10)**; **resolução de problemas em grupo (9 a 14 anos)**; **intervenção multimodal (11 a 17 anos)** no TC.
- **PCIT, Triple P e Incredible Years**: evidência internacional, oferta restrita no Brasil.
- **Programa ACT — Para Educar Crianças em Ambientes Seguros**, da Associação Americana de Psicologia (APA): 8 sessões em grupo para cuidadores de crianças de 0 a 8 anos, estudado no Brasil pelo Lapredes (FMRP-USP).
- **Rede: UBS/eSF e eMulti** nos leves e moderados; **CAPSi (CAPS IJ)** da **RAPS** nos graves e persistentes; **CRAS e CREAS** no apoio à família.

É do especialista: confirmar TC e TDDH, psicoterapia, comorbidades complexas e **qualquer antipsicótico**.

Medicamentos. Não há medicamento para o TOD ou o TC em si; o NICE **não recomenda medicação de rotina**.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Metilfenidato ou atomoxetina (TDAH associado)	Conforme o documento TDAH desta Biblioteca (bulas)	Conforme o documento TDAH	Contínuo, com reavaliação	Tratar o TDAH reduz a oposição (NICE CG158)
Risperidona (agressividade grave e persistente no TC, sem resposta às intervenções psicossociais)	< 50 kg: 0,25 mg/dia, aumentos de 0,25 mg em dias alternados, manutenção 0,25–0,75 mg/dia; ≥ 50 kg: 0,5 mg/dia, aumentos de 0,5 mg, manutenção 0,5–1,5 mg/dia	1x/dia	Curto prazo (até 6 semanas); reavaliar em 3–4 semanas e suspender sem resposta em 6 (NICE CG158)	Só pelo especialista. No Brasil, bula e PCDT (Portaria Conjunta nº 7/2022) cobrem a irritabilidade/agressividade no TEA ; no TC é fora da bula — dose do folheto europeu do Risperdal® (Portugal; TC ≥ 5 anos)

O **aripiprazol** não tem indicação pediátrica na bula brasileira; seu uso na agressividade é decisão do especialista.

Riscos dos antipsicóticos atípicos (NICE CG158): metabólicos, extrapiramidais, QT longo, hiperprolactinemia, síndrome neuroléptica maligna. Monitorização como em **Psicofármacos na criança e no adolescente** (PCDT); o pediatra avisa o especialista se houver ganho de peso rápido, movimentos anormais ou galactorreia.

Não usar: castigo físico, humilhação ou ameaça; antipsicótico como primeira opção ou na birra do pré-escolar; **anti-histamínico sedativo** (padrão do site); benzodiazepínico de rotina.

Seguimento: no 🟡, o pediatra coordena o cuidado com a rede e a escola e reavalia autolesão e violência em toda consulta.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Critérios 🟠 da tabela: ideação suicida com plano, tentativa ou autolesão que precisa de cuidado; agressão com arma ou lesão, agitação incontrollável; suspeita de psicose, mania ou intoxicação; mudança aguda com febre, confusão ou sinal neurológico; violência sofrida com risco imediato.

Como encaminhar

1. **Ambiente seguro:** afastar objetos que firam, um adulto sempre presente; **desescalada verbal** (voz calma, frases curtas, poucas pessoas); contenção física só para impedir dano imediato.

2. Sinais vitais, lesões e glicemia capilar; suspeita de intoxicação: Disque-Intoxicação 0800-722-6001.
3. **SAMU (192)**; na crise suicida, também **CVV (188)**; arma ou risco à equipe: polícia (190).
4. Contato prévio com o serviço; na suspeita de violência, **notificação obrigatória (compulsória)** e **Conselho Tutelar**; **relatório** com episódio, medicamentos, comorbidades e contexto.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "A birra é esperada até por volta dos 4 anos. O que ensina é a nossa resposta: calma, firmeza e não ceder ao escândalo."
- "Bater não educa: ensina que a força resolve. No Brasil, o castigo físico é proibido por lei."
- **Procurar o pediatra antes do retorno se:** crises de mais de 25 minutos ou quase diárias; a criança se machuca ou machuca os outros; não se acalma; crueldade com animais; brincar com fogo; birras depois dos 5 anos.
- **Pronto-socorro ou SAMU (192) se:** falar em morrer ou se matar, se ferir, agredir com objeto ou arma, agitação que impede protegê-lo, mudança súbita com febre ou confusão. **CVV (188)**, 24 horas.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Birra e limites	Não ceder; li- mites com afe- to; sem palmada	Birra é do de- senvolvimento; não ceder (Caderneta)	Recompensar o positivo, re- gras antecipa- das, consistên- cia (2018)	Programas já para risco no pré-escolar	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Birra ocasional é comum; TOD se persistente com prejuízo	Segue o NICE
Critérios	DSM-5; cuida- do com rotular e medicalizar (SPSP, filiada, 2025)	Sem protocolo específico localizado	DSM-5-TR	TOD abaixo de 11 anos; TC com agressão e violação de regras	Clínico, 6 me- ses; excluía TOD com TDAH (2011)	Sem posição específica localizada	DSM; início em geral aos 6–8 anos	Segue o NICE
Avaliação	Contexto fami- liar e escolar	Agressividade pode sinalizar violência	Sem posição específica localizada	SDQ; TDAH, TEA, lingua- gem, violência doméstica	TOD comorbi- dade frequente do TDAH (2022)	Sem posição específica localizada	Avaliar comorbidades	Segue o NICE
1ª linha	Orientação de pais, escola, terapia multidisciplinar	Educar sem vi- olência; RAPS/CAPSi	Disciplina posi- tiva; recursos da comunidade	Treino parental 3–11 a; proble- mas 9–14 a; multimodal 11– 17 a	Tratamento in- tegrado comunitário	Sem posição específica localizada	Treino paren- tal, habilida- des, psicoterapia	Segue o NICE
Medicação	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Não de rotina; tratar TDAH; risperidona curta na agres- são grave	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Nunca isolada; adjuvante à terapia	Segue o NICE
Castigo físico	Contra; Lei 13.010/2014	Não bater nem castigar	Contra castigo físico e humi- lhação (2018)	Avaliar discipli- na coercitiva	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: há convergência no diagnóstico clínico pelo padrão persistente, na **orientação parental** como primeira linha e no **castigo físico** como prejudicial (SBP, MS, AAP; proibido no Brasil). O NICE é o mais detalhado: programas por idade, SDQ, busca ativa de violência doméstica, **nenhum medicamento de rotina** e risperidona só por curto prazo, pelo especialista. A SBP nacional não tem documento específico sobre TOD e TC; a SPSP, sua filiada, destaca (2025) o cuidado ambiental e o risco de rotular. O MS não tem protocolo específico, mas orienta educar sem violência e organiza o cuidado pela RAPS. A divergência é histórica: a AEP (2011) não admitia TOD com TDAH, o que o DSM-5-TR e a AEP (2022) aceitam. Sem posição da SBP nem do MS (programas por idade e medicação), o site segue o **NICE**, única diretriz específica; no restante, a **SBP**.

PONTOS PRÁTICOS

1. Birra entre 1 e 4 anos é esperada; preocupam duração > 25 minutos, muitas crises, autolesão, agressão consistente, não se acalmar e persistência após 5 anos.
2. Antes de rotular: sono, audição, linguagem, TDAH, TEA, ansiedade, depressão, dor, telas e violência em casa.
3. Primeira linha é a orientação parental: atenção positiva, regras claras, não ceder, consequências consistentes.
4. Castigo físico é proibido (Lei 13.010/2014) e piora a agressividade; suspeita de violência exige notificação obrigatória (compulsória) e Conselho Tutelar.
5. Não há remédio para TOD ou TC: tratar o TDAH associado; antipsicótico (fora da bula no TC) só pelo especialista, por curto prazo, com monitoração metabólica.
6. Risco a si ou a outros, arma ou agitação incontrolável: pronto-socorro, SAMU 192 e, na crise suicida, CVV 188.

Veja também, nesta Biblioteca: **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)**, **Transtorno do espectro autista**, **Distúrbios do sono na infância**, **Atraso de fala e do desenvolvimento** e **Ansiedade e depressão na infância e adolescência** (Patologias do consultório); **Trauma, estresse pós-traumático e violência contra a criança**, **Psicofármacos na criança e no adolescente** e **Autolesão e Transtorno de Personalidade Borderline** (Saúde mental); **Birras: Compreender e Acompanhar** e **Frustrações e Limites na Infância** (Pais e cuidadores); **A pele como sinal de doença sistêmica na criança** (Dermatologia).

8. Fontes

- Brasil. Lei nº 13.010/2014 (Lei Menino Bernardo). planalto.gov.br
- SPSP, SBP e CFM. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência, 2ª ed., 2018. [PDF](#)
- SBP. Especialistas apoiam o fim das palmadas e de outros tipos de castigo físico, 2010. sbp.com.br
- SPSP (filial da SBP), Núcleo de Saúde Mental. A criança difícil — transtornos de comportamento disruptivo, 2025. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança, 12ª ed., 2018. [PDF](#)
- NICE. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people (CG158), 2013/2017. nice.org.uk

- AAP. Sege RD, Siegel BS. Effective Discipline to Raise Healthy Children, 2018 — comunicado. [healthychildren.org](https://www.healthychildren.org)
- AEP. Protocolo de TDAH (Neurologia Pediátrica), 2022. [PDF](#)
- Pedreira-Massa JL. Trastorno negativista desafiante en la infancia. An Pediatr Contin (AEP), 2011. [elsevier.es](https://www.elsevier.es)
- Boston Children's Hospital (Harvard). Oppositional Defiant Disorder; Disruptive Behavior Disorders. [ODD](#); [DBD](#)
- Belden AC, Thomson NR, Luby JL. Temper tantrums in healthy versus depressed and disruptive preschoolers. J Pediatr, 2008. [PDF](#)
- Manual MSD (profissionais). Transtorno de conduta, 2025. [msdmanuals.com](https://www.msdmanuals.com)
- NIMH. Disruptive Mood Dysregulation Disorder. [nimh.nih.gov](https://www.nimh.nih.gov)
- Lapredes, FMRP-USP. Programa ACT. lapredes.fmrp.usp.br
- Janssen. Risperdal — folheto informativo (Portugal). [PDF](#)
- Bula brasileira da risperidona (Accord, profissional). [PDF](#)
- Ministério da Saúde. PCDT Comportamento Agressivo no TEA (Portaria Conjunta nº 7), 2022. [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.